Кардиология: от науки к практике. 2018;1(30):9-22. doi: 10.30702/card:sp.2018.03.030/art1
УДК 616.127–005.8–08–039.76

Швед Н. И., Левицкая Л. В.

Информация об авторах:

Кафедра неотложной и экстренной медицинской помощи, ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского», г. Тернополь, Украина

Резюме. Обследовано 68 больных мужского пола с верифицированным диагнозом инфаркт миокарда (ИМ) в возрасте от 44 до 73 лет, проходивших вторую фазу реабилитации под наблюдением кардиолога по месту жительства. Все пациенты получали медикаментозное лечение согласно стандартному протоколу. Больные были разделены на 2 репрезентативные группы (возраст, пол, клинические проявления ИМ, функциональный класс по реабилитационной классификации). Группа I, 36 человек, состояла из больных с ИМ, которым проводилось традиционное диспансерное наблюдение. II группу сравнения, 32 человека, составили больные с ИМ, которым проводилось полное трехкомпонентное индивидуальное консультирование с использованием «Дневника программы реабилитации больного с ИМ», состоящего из учебного блока программы реабилитации, рекомендаций по физической активности и психологической поддержки, а также поддерживающей метаболической терапии (мельдоний в дозе 1 г в сутки в два приема на протяжении 6 недель; прием препарата начинали через 3–4 недели после постановки диагноза ИМ). Всем больным анализировали комплаенс (процент выполнения рекомендаций по медикаментозному лечению), определяли объем физической активности с учетом бытовых нагрузок, суточной ходьбы и 6-минутного теста. Проводился анализ клинических данных (наличие и степень стенокардии, одышки, показатели артериального давления и пульса), ЭКГ, эхокардиоскопии (ЭхоКС), липидограммы, гликемии, креатинина крови, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы. Установлено, что проведение полного трехкомпонентного индивидуального консультирования больных с ИМ с использованием «Дневника программы реабилитации больного с ИМ» и курсом

метаболической поддерживающей терапии (6-недельный пероральный прием препарата **Милдронат®** по 500 мг дважды в сутки) значительно улучшает комплаенс по обязательной медикаментозной терапии, модификации стиля жизни, повышает толерантность к физической нагрузке, качество жизни больных, системную и внутрисердечную гемодинамику у таких пациентов.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, кардиореабилитация, **Милдронат®**.

Проблема недостаточного использования возможностей кардиореабилитации (КР) является до сих пор актуальной и для США, и для ряда европейских стран – вне зависимости от системы медицинского страхования. Возможность спасти гораздо больше жизней, используя комплекс мероприятий, соответствующий рекомендациям по КР и вторичной профилактике, чем даже при помощи внедрения высокотехнологичных интервенционных методик, убедительно доказана исследованиями последнего десятилетия [2]. Именно поэтому Национальные системы здравоохранения экономически развитых стран мира ищут пути для максимально возможной имплементации кардиореабилитационных программ и максимального охвата ими пациентов. Традиционно кандидатами для КР были пациенты, которые недавно перенесли инфаркт миокарда (ИМ) или аорто-коронарное шунтирование. Однако эта группа в последнее время была расширена за счет больных после коронарного стентирования, пациентов, которым планируется или выполнена трансплантация сердца, которые имеют хроническую сердечную недостаточность со стабильным течением, атеросклероз артерий нижних конечностей с симптомами перемежающейся хромоты, другие формы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В современные программы КР могут быть включены пациенты, перенесшие хирургические вмешательства на клапанах сердца, а также больные после острого нарушения мозгового кровообращения или с сахарным диабетом [3].

В Украине сегодня происходит «новое рождение» кардиологической реабилитации. Старые кардиореабилитационные программы не работают не только по причине отсутствия ресурса для их реализации, но и в первую очередь вследствие изменения подходов и методов восстановления здоровья в целом в современной медицине. Революционные технологии реваскуляризации миокарда, восстановление структур сердца с помощью новейших хирургических технологий, имплантация искусственного

сердца, пересадка донорского сердца стали реальностью и в нашей стране. Поэтому кардиологическая реабилитация как чрезвычайно мощный восстанавливающий ресурс не только после сложнейших операций на сердце, но и в повседневной практике каждого врача, который сталкивается с пациентом кардиологического профиля, должна проводиться полноценно и на уровне мировых стандартов [2–5]. И если в первую фазу реабилитации (госпитальную или острую) пациент в Украине уже сегодня получает квалифицированное консультирование и наблюдение в плане полноценного восстановления здоровья, то амбулаторная (подострая, вторая фаза) пока остается без должного внимания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возможности повышения эффективности реабилитации у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, на амбулаторном этапе наблюдения (вторая фаза кардиореабилитации).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 68 больных мужского пола, перенесших ИМ, не реваскуляризированных по причине позднего обращения за медицинской помощью, которые проходили II этап реабилитации под наблюдением кардиолога по месту жительства и получали рекомендации по модификации образа жизни и физической активности. Медикаментозное лечение проводили согласно стандартному протоколу [1]. Консультирование по физической активности, обучение пациентов регулированию индивидуальных факторов риска и поддержанию максимального комплаенса по обязательной медикаментозной терапии (двойная антитромботическая терапия,

статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы ангиотензиновых рецепторов, β -адреноблокаторы) проводились при выписке из кардиологической клиники и/или через 2–3 недели после нее. Больные были разделены на две репрезентативные группы (возраст, пол, клинические проявления ИМ, функциональный класс по реабилитационной классификации). Группа I, 36 человек, состояла из больных с ИМ, которым проводилось традиционное диспансерное наблюдение. Группу II, 32 пациента, составили больные с ИМ, которым проводилось полное трехкомпонентное индивидуальное консультирование с включением учебного блока программы реабилитации по модификации стиля жизни, рекомендаций по физической активности, психологической поддержке («Дневник программы реабилитации больного с ИМ») [4–6], а также 6-недельного перорального приема препарата **Милдронат®** по 500 мг дважды в сутки (таблицы 1, 2). Прием препарата начинали через 3–4 недели после постановки диагноза ИМ.

Таблица 1. Программа занятий ходьбой после выписки из стационара (Pollock M. I., Schmidt D. H. et al., 2000)

Недели после выписки	Дистанция	Время	
1	400–500 м (2 квартала)	В медленном темпе, 5 мин	2 ра выпо осво
2	800 м (5 кварталов)	В медленном темпе, 10 мин	
3	1200 м (8 кварталов)	Ходьба 20 мин, отдых 5 мин, повторить	
4	1500 м (10 кварталов)	20 мин	
5	1500–2000 м (15 кварталов)	30 мин	
6	2500–3000 м (20 кварталов)	35–40 мин	

Таблица 2. Двигательная активность после выписки из больницы у больных, перенесших неосложненный инфаркт миокарда или шунтирования коронарных артерий (Pollock M. I., Schmidt D. H. et al., 2000)

Вид активности	Время после выписки (недели, если не указано другое)	Примечание
Вне дома		
Транспортировка в машине	После выписки	На короткое время
Выгул собаки самостоятельно		Если собака не агрессивна
Посещение религиозной службы	5–7 дней	Непродолжительное время, не более 15 мин.
Посещение ближайшего кинотеатра	2	
Посещение друзей	1–2	Краткосрочные визиты, не более 15 мин. Не рекомендуется употреблять алкоголь. Не садиться за руль автомобиля.
Поход за мелкими покупками	2–3	Ничего не неся, не более 10–15 мин. Скорость ходьбы не более 1 км/ч.
Покупка бакалейных товаров	3–4	Как в предыдущем пункте, но с использованием тележки.
Обед в ресторане	2–3	Следите за тем, чтобы еда была легкой.
Поездка на машине на небольшое расстояние	2–3	
Работа 3 часа	6–8	Посоветуйте пациенту избегать тяжелой работы.
Работа 2/3 дня	6–8	Посоветуйте пациенту избегать тяжелой работы.
Работа весь рабочий день	6–8	Посоветуйте пациенту избегать тяжелой работы.
Поездка на машине на работу	6–8	Посоветуйте пациенту избегать тяжелой работы.
Коммерческие поездки в самолете	10–12	Посоветуйте пациенту избегать тяжелой работы.
Трехдневные и более длительные поездки	12	
Замена автомобильного колеса	Нет	
Посещение спортивного соревнования	10	В хорошую погоду.
Плавание	10	Медленно входите в воду, избегайте холодной воды.
Гольф	6–8	При хорошей погоде.
Внутри/у дома		
Прогулка внутри дома	Сразу после выписки	3–5 раз в день
Подъем по лестнице на первый этаж	Сразу после выписки	5/11 По мере возможности
Прогулка в саду	Сразу после выписки	Легкая прогулка

Таблица 5. Лист учета социальной активности (работа, учеба, общ. семьи, хобби) и отдыха пациента

Дата, время суток	Начальные параметры АД, ЧСС	Вид социальной активности или сон (указать)	Продолжительность активности, ч	Интенсивность занятия (в балах 1, 2, 3 – без ощущения напряжения, с некоторым напряжением, выраженное напряжение)	Эмоциональная составляющая (+, ++, +++ положительные эмоции; --, ---, ---- негативные эмоции)	Параметры АД, ЧСС после активности (при необходимости)

В соответствии с методикой исследования, описанной в приложении 1, для каждого пациента составляется индивидуальный лист учета социальной активности и отдыха пациента.

Показатель		I группа сравнения (стандартная программа реабилитации) (n = 36)	II группа с компонентом реабилитации
ТШХ, м	1	231,2 ± 21,94	211,0
	2	264,32 ± 21,71	374,40
СХ, шагов	1	1202,90 ± 63,37	1190,0
	2	3472,77 ± 258,30**	6301,93
Среднесуточное САД в покое, мм рт. ст.	1	145,60 ± 12,26	142,0
	2	124,19 ± 11,02	119,0
Среднесуточная ЧСС в покое, уд./мин	1	89,50 ± 11,53	88,0
	2	84,82 ± 13,09	71,0

Примечание. * – достоверность различия показателей у больных с ИМ, перенесших программу реабилитации в сравнении с трехкомпонентной программой; ** – изменения достоверно отличаются до и после курса реабилитации; САД – систолическое артериальное давление.

Рисунок 1. Показатели системной гемодинамики и степени compliance у обследованных больных

Примечание. * – достоверность различия показателей у больных с I группой в сравнении с II группой. * – достоверность различия показателей у больных с I группой в сравнении с II группой.

Безусловно, в ходе реабилитации у больных с I группой в сравнении с II группой.

Рисунок 2. Показатели систолической функции левого желудочка у больных

Примечание. * – достоверность различия показателей у больных с I группой в сравнении со стандартную программу реабилитации в сравнении с трехкомпонентно структурированной программой реабилитации; ** – изменения достоверно отличались от исходных значений курса реабилитации; 1, 2 – показатели до и в конце курса реабилитации; КДОЛЖ – конечный диастолический объем левого желудочка, КСОЛЖ – конечный систолический объем левого желудочка, ФВ – фракция выброса.

Рисунок 3. Показатели диастолической функции левого желудочка обследованных больных

Примечание. E – скорость раннего наполнения левого желудочка; A – скорость позднего наполнения левого желудочка; E/A – соотношение раннего и позднего наполнения левого желудочка.